REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 2, cours de Tournon, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIIII

Les Bureaux de la Revue sont transférés 2, COURS DE TOURNON

5e Année. N° 5. 1er Mai 1884.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de rétrécissement syphilitique de la trachée;

Par le Dr F. Masséï
professeur de laryngologie à l'Université de Naples (1).

Messieurs,

On sait que les rétrécissements de la trachée sont beaucoup plus rares que ceux du larynx; que la syphilis y joue un rôle pathogénique très important, et que ceux de sa partie supérieure sont plus exceptionnels que ceux de sa partie terminale.

La notion de ces faits justifie pleinement la communication de l'observation que j'ai l'honneur de soumettre à votre savante critique; d'autant plus que ce fut l'examen

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 9 avril 1884.

laryngoscopique qui me mit à même de reconnaître à la fois la lésion matérielle et la cause qui l'avait produite.

Voici l'observation :

Une femme âgée de vingt-huit ans, née à Piedimonte d'Alife, de bonne constitution, vint me consulter le 26 janvier de cette année, pour un étouffement qui la tourmentait depuis quelque temps.

Elle est mariée depuis douze ans, et bientôt après elle eut une grossesse qui se termina à quatre mois par une fausse couche.

L'année suivante, nouvelle grossesse terminée heureusement; la fillette est née en parfaites conditions. Pendant ces douze ans, elle eut en tout neuf grossesses, et parmi celles-ci trois fausses couches.

Mon excellent confrère le Dr Paterno, qui m'adressa la malade, assurait que depuis deux ans elle se plaignait de dyspnée, et quelque autre médecin, qui l'avait examinée auparavant, avait cru à une induration du poumon; en conséquence, elle fut soumise aux toniques, aux balsamiques, aux inhalations, aux bromures, mais sans la moindre amélioration.

Plusieurs années auparavant, la malade avait eu une éruption cutanée, dont il ne restait aucune trace; mais jamais de maux de gorge, de chute de cheveux et de douleurs dans les membres; les ganglions latéraux du cou étaient un peu engorgés.

La voix est bonne; la déglutition parfaite. On est tout d'abord frappé par un sifflement respiratoire qui prend les deux temps. La respiration est faible des deux côtés; il y a les signes d'un emphysème marginal. Pas de matité à la percussion en aucun point.

Les organes de la circulation n'offrent rien d'anormal.

A l'examen laryngoscopique, on aperçoit la cavité du larynx tout à fait saine; la muqueuse d'une couleur rouge pâle; les rubans vocaux, d'un blanc nacré, obéissent parfaitement aux mouvements d'adduction et d'abduction. Mais dès que la femme respire profondément, on découvre dans l'espace sous-glottique la cause réelle du bruit respiratoire.

Un diaphragme s'étend au niveau du troisième anneau de la trachée dans toute l'étendue de la section. D'une couleur rouge foncé, il est percé au centre ou plutôt dans le tiers antérieur par un trou ovale, qui peut laisser passer un cathéter n° 12 ou 13 de la filière Française.

En regardant avec plus d'attention, on voit que ce diaphragme est formé par deux replis latéraux, qui, placés dans le sens antéro-postérieur, viennent se rejoindre presque sur la ligne médiane, et, au-dessous, par deux autres replis transversaux, dont le postérieur est plus large. Ces replis viennent circonscrire l'ouverture qui représente le calibre rudimentaire du tuyau normal.

La figure ci-jointe, que je dois à l'obligeance de M. Penta, aide à la clinique de M. le professeur de Renzi, reproduit avec exactitude l'image du miroir. Elle a été prise d'après nature et je pus confirmer, par un examen attentif avec la sonde, que le rétrécissement tombait juste au niveau du troisième anneau de la trachée.

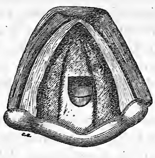


Fig. 6.

En face d'une pareille lésion, on pouvait se rendre compte de la dyspnée et de l'intégrité de la voix; on avait, de plus, entre les mains, la clef de toute la symptomatologie morbide qui, petit à petit, s'était développée dans une période de deux ans. La demande qui venait de suite à l'esprit était : comment s'était formé ce diaphragme?

Il suffisait de passer en revue les rares maladies de la trachée, pour s'arrêter, au moins avec grande probabilité, à la syphilis.

En effet, abstraction faite de la possibilité de guérison d'un ulcère tuberculeux (admise par la plupart des laryn-

goscopistes), on ne pouvait penser à la tuberculose dans ce cas, soit à cause de la rareté d'une tuberculose primitive de la trachée, soit par l'absence de tout phénomène cachectique, soit enfin parce que les ulcères tuberculeux peu profonds, ne laissent, quand ils guérissent, que des végétations polypoïdes et non pas un tissu de nouvelle formation aussi bien organisé que celui que nous avions sous les yeux.

Il n'était pas question de tumeur, la surface lisse, rosée, le trou central, les quatre replis, ne rappelaient en rien la forme d'un néoplasme; et pareillement, on pouvait, d'après l'inspection seule, écarter l'idée de corps étranger enkysté.

Parmi les processus morbides capables de guérir et de laisser à leur place des rétrécissements, il ne restait donc que la syphilis, et je crus, en effet, à cette diathèse.

Certainement il est difficile de comprendre comment les phénomènes initiaux avaient évolué sans que la femme ait eu son attention appelée de ce côté; mais les fausses couches, l'éruption cutanée, l'engorgement des ganglions, la lésion elle-même qui n'admettait aucune autre interprétation, m'autorisaient à admettre le diagnostic que j'avais porté sans délai.

J'avais encore à résoudre une question bien sérieuse, celle du traitement.

Il va sans dire que le principal but que je me proposais était d'éloigner la trachéotomie, d'autant plus que la femme (qui se trouvait encore une fois au quatrième mois d'une nouvelle grossesse) et son mari ne l'auraient pas acceptée volontiers.

L'idée de la dilatation fut, comme on le conçoit aisément, la première qui vint à mon esprit.

Le traitement intérieur, réclamé par la seule raison qu'aucun n'avait été essayé auparavant, ne pouvait en rien modifier le tissu de nouvelle formation, et c'était, au contraire, sur le traitement local qu'il fallait compter.

Passer un cathéter à travers la glotte, était chose bien facile; mais pénétrer justement dans le trou, en évitant le rapprochement spasmodique des cordes, n'était pas si simple, et je craignais d'échouer.

J'appelais en consultation M. de Amicis, professeur de

syphilographie, et M. Frusci, professeur de médecine opératoire à l'Université de Naples.

Ces savants professeurs eurent la même impression que moi; ils donnèrent le même poids aux fausses couches, aux ganglions engorgés, à l'éruption cutanée, et il fut reconnu, d'un commun accord, qu'il s'agissait vraiment d'un rétrécissement syphilitique.

On m'encouragea quant aux essais de dilatation par les voies naturelles, tout en ne perdant pas de vue la trachéotomie, laquelle, en combattant un danger imminent, aurait pu, grâce au siège de la lésion, achever le traitement radical, en coupant le diaphragme, comme il était arrivé à M. de Amicis, dans un cas dont je dirai deux mots à la fin.

Les essais d'une chirurgie sous-chordale ne sont pas nouveaux, mais ils sont cependant en très petit nombre; je citerai, entre autre, un exemple classique d'arrachement de polypes placés au niveau des troisième, cinquième et neuvième anneaux de la trachée. J'ai vu moi-même opérer M. Labus, l'auteur d'un intéressant travail publié dans mon journal, *Archives italiennes de Laryngologie*, avec une facilité qui semblait toute naturelle.

Dans mon cas, cependant, il fallait mathématiquement dépasser le trou avec le cathéter, et les bons effets de la dilatation pouvaient encore nous dire si la manœuvre pouvait nous permettre de débrider en croix les quatre replis.

La patience m'amena à de bons résultats; je commençais d'abord par pratiquer le cathétérisme simple avec les cathéters de Schrötter, en faisant de la dilatation progressive. J'étais guidé, je l'avoue avec franchise, plutôt par le toucher, car aussitôt que j'avais franchi la glotte, le miroir à la main, il fallait avec force prévenir la contraction glottique; mais quand j'étais dans l'espace sous-glottique, si la chance ne m'avait guidé jusqu'à l'ouverture centrale du diaphragme, je pouvais l'atteindre avec de petits tâtonnements.

Les cathéters fins passaient avec facilité, mais ils ne pouvaient rester en place que quelques minutes; les plus gros avaient à vaincre une résistance, et ils faisaient saigner; l'examen postérieur montrait que le sang venait

des bords du trou, qui s'étaient en quelque sorte déchirés par le passage de la bougie.

La malade s'améliorait de jour en jour, malgré l'intolérance qui m'obligeait à tenir en place quelques moments seulement le dilatateur; mais forcée de venir à mon cabinet tous les jours et dans une saison peu propice, elle contracta un catarrhe bronchique qui, en fait d'essoufflement, lui fit perdre tout ce qu'elle avait gagné!

Après trente jours de traitement, elle quitte Naples, avec la promesse d'y revenir en été, après son accouchement.

Malgré l'observation incomplète de cette malade, j'ai voulu, mes chers confrères, vous raconter son histoire.

Pour être complet je dois ajouter que dès l'année 1872, dans une brochure très intéressante, que je recommande à votre attention, M. le professeur de Amicis a fait une revue bibliographique complète sur ce sujet, depuis Worthington (1842) jusqu'à nos jours; et il a raconté un cas dans lequel les symptômes fonctionnels autorisaient, comme dans le mien, à diagnostiquer un rétrécissement syphilitique du bout supérieur de la trachée.

M. de Amicis pratiqua la trachéotomie, et l'opération, qui sauva la malade de l'imminent danger qu'elle courait, eut une complète guérison. L'examen laryngoscopique, pratiqué seulement après, montra que le larynx était tout à fait sain.

Je puis donc conclure que :

1° Les rétrécissements du bout supérieur de la trachée, sous forme de diaphragme, sont rares et dus presque uniquement à la syphilis;

2° L'inspection directe est la seule qui, faisant reconnaître la lésion matérielle, facilite le diagnostic.

3° La dilatation des rétrécissements de la trachée peut se faire parfaitement bien sans que l'on soit obligé de pratiquer la trachéotomie.

Des synergies fonctionnelles bi-auriculaires. — Étude de l'accommodation des oreilles, en application à la séméiotique.

Par le Dr Gellé (1).

La séméiotique auriculaire possède aujourd'hui des méthodes d'observation de premier ordre, au moyen desquelles le clinicien constate l'aération des caisses, la perméabilité des trompes, la mobilité, l'élasticité, la tonicité de la membrane du tympan, le jeu de la chaîne des osselets et de la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale. Mais on est forcé de remarquer que dans tous ces modes d'exploration l'organe est étudié tantôt à l'état statique, tantôt mû par les divers procédés d'aération, d'insufflation de la cavité tympanique, tantôt enfin par la pression extérieure centripète.

Ainsi, l'appareil d'accommodation est exclusivement étudié et analysable à l'état de passivité par les méthodes connues; mais le jeu fonctionnel, la phase dynamique de l'appareil auriculaire d'accommodation et de conduction nous échappent encore, l'observation se limite à des constatations d'ordre physique.

C'est un grand point acquis quand on a pu apprécier sérieusement la mobilité du tympan, l'aération de la caisse, la perméabilité des trompes, le passage du son trans-auriculaire, les variations passives de la sensation sonore sous l'influence de pressions centripètes, etc., etc.; mais on comprend de quelle importance serait la méthode d'observation qui permettrait de juger des aptitudes fonctionnelles de l'accommodation, de la faculté d'adaptation possédée par l'oreille, en rendant saisissable la manifestation de son activité.

Cette méthode est celle que j'expose aujourd'hui : je crois qu'avec elle c'est l'accommodation en action que l'observateur a sous les yeux.

La méthode et son adaptation clinique sont choses neuves; ce n'est pas que l'étude physiologique du rite

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 9 avril 1884.

des muscles moteurs de la chaîne des osselets de l'ouïe, de la tension et de la détente de tout l'appareil conducteur du son soit encore à faire.

Aurai-je besoin de rappeler ici les travaux devenus classiques de Valsalva, Savart, Wollaston, Longet, Politzer, Flick, Luca, Mos, Litcher, etc., etc., qui ont établi sûrement la physiologie de l'appareil de conduction et de l'accommodation de l'organe de l'ouïe. Récemment, Wolf a institué l'expérience ingénieuse suivante : un appeau est entendu à une certaine distance, puis approché auprès de l'oreille; et l'observateur constate que le son proche a subi une élévation d'un demi-ton. Ce résultat doit être rapporté, d'après l'auteur, à l'action réflexe du muscle tenseur du tympan.

Dans ce travail, je prends pour base un phénomène expérimental nouveau, dont l'interprétation discutée, puis solidement démontrée, ouvre tout un horizon et conduit à une sérieuse application à la sémeotique auriculaire et à la clinique.

Au milieu d'expériences de physiologie de l'audition dont j'ai entretenu la Société de Biologie (Bull. 1883), je signalais l'expérience suivante : « un diapason la ^{3} en vibration est emmanché au bout d'un tube de caoutchouc de 40 centimètres adapté à une oreille par l'autre bout, à l'orifice de l'autre oreille est fixée l'extrémité du tube de caoutchouc d'une poire à insufflation ordinaire. Or, chaque fois que l'on comprime cette poire à air, et qu'on agit ainsi sur l'oreille droite et sur l'appareil conducteur du son, le sujet annonce que l'intensité du son baisse à l'oreille gauche.

La même expérience, avec un même résultat, peut être instituée, le diapason vibrant porté à la main auprès de l'oreille, tandis que la poire à air agit sur l'autre.

A l'état sain, l'atténuation du son sous l'influence de pressions exercées par la poire à air à l'opposé du point où le son pénètre, est constante. On conclut de là que *par une pression faite sur une oreille, on modifie l'audition de l'oreille opposée.*

Comment expliquer cette action à distance, d'une oreille à l'autre?

Au premier abord on a pensé à une action sur le cen-

tre sensoriel, puis à un effet sympathique, à une excitation d'ordre réflexe.

Comment et avec quel appareil se produit cette action réflexe?

On peut donner du phénomène une explication théorique.

Dans l'audition bi-auriculaire, soit que les deux organes soient simultanément frappés par les ondes sonores, ou qu'ils le soient successivement et de façons inégales, les deux oreilles sont associées, et s'accommodent à la fois pour une sensation identique.

Les deux appareils transmetteurs possèdent donc au même instant une tension égale, ou se mettent en cet état l'une après l'autre dans la sensation bi-latérale successive.

Il se passe là ce qui existe pour la vision binoculaire, et l'analogie ne peut être discutée; association des mouvements d'accommodation, et synergie fonctionnelle de deux appareils d'accommodation soit oculaires, soit auriculaires : c'est une nécessité physiologique.

Je pense que c'est la propriété que je mets en jeu dans l'expérience des pressions que j'ai décrites et qui ont donné pour résultat expérimental constant l'atténuation du son perçu, tant du côté pressé que du côté opposé, la synergie fonctionnelle de l'appareil conducteur du son à droite, par exemple, en agissant doucement sur l'oreille gauche.

Le déplacement passif que la poussée d'air imprime à gauche, provoque un mouvement égal, identique, mais actif à droite.

L'organe droit, sollicité par la synergie fonctionnelle, exécute un mouvement d'accommodation identique à celui qu'on a provoqué à gauche.

Ce mouvement synergique est produit par la contraction de l'appareil musculaire de la chaîne des osselets. Le phénomène constaté, l'atténuation de la sensation auditive reconnaît donc une cause active, c'est l'activité même de l'appareil d'accommodation de l'oreille libre.

Par ce dispositif expérimental, l'observateur a donc le moyen de mettre en jeu l'accommodation de l'oreille et d'en apprécier l'effort et d'en constater l'effet. Cette exci-

tation indirecte de l'oreille permet d'étudier l'aptitude et l'énergie d'accommodation de l'organe.

Cette hypothèse trouve un appui sérieux dans les données de l'expérimentation clinique, qui montre que les lésions de l'oreille moyenne ont une influence extrême sur la production du phénomène observé.

Mais il y a mieux encore : en effet, si avec l'otoscope l'observateur ausculte le son par le méat gauche, la pression étant faite avec la poire à air du côté droit, et le diapason la [3] vibrant posé sur la corne frontale gauche, à chaque pression douce, l'atténuation du son qui s'écoule est annoncée à la fois par le sujet et par l'observateur. Or, ici, l'explication du fait devient précise, et il faut bien admettre une modification de l'appareil chargé de conduire le son, et de constater qu'elle a lieu synergiquement avec chaque déplacement mécaniquement imprimé à l'autre oreille. La démonstration est claire.

Ce n'est plus là une action des centres sensoriels, c'est bien l'appareil de conduction et d'accommodation auditives que l'épreuve indiquée met en activité, et le phénomène de l'atténuation du son perçu est le signe de cette activité provoquée à distance.

Aussi, on sera peu étonné de constater dans les faits cliniques la perte ou l'augmentation ou la disparition temporelle du phénomène, si la caisse est atteinte d'otite proliférante avec réplétion ou collection intra-tympanique; ou bien de constater la nullité de l'épreuve s'il y a sclérose ancienne; soit à l'opposé, l'augmentation du phénomène, l'atténuation physiologique devenant une sorte d'extinction à chaque pression, s'il y a laxité extrême et motilité exagérée des tissus, comme cela se rencontre dans les otites suppurées, dans les larges perforations, etc.

La capacité fonctionnelle d'accommodation varie suivant l'espèce et la gravité des lésions de l'appareil transmetteur, et sa réaction sur l'influence de l'épreuve des synergies d'accommodation diffère. Une oreille immobile, pleine ou scléreuse, ne subissant aucun effet de pressions, n'amène par suite aucun effet sur l'autre oreille, même saine, et *vice versa*.

Au point de vue du pronostic, la persistance des segmentations produites à volonté dans le son du diapason

par le fait des pressions sur l'oreille opposée, autorise à conclure à une amélioration que ne semble pas devoir permettre l'état anatomique constaté *de visu.*

Il m'a semblé qu'il y a un rapport étroit entre les lésions de l'accommodation, que cette épreuve permet de constater, et la perte de l'audition de la parole; c'est un sujet réservé à de plus complètes études.

CONCLUSIONS.

De ces diverses expériences, et de leurs résultats, on peut conclure :

1° *Il existe pour les oreilles comme pour les yeux une synergie fonctionnelle d'accommodation*;

2° On provoque par la pression douce sur une oreille, la mise en activité de l'accommodation de l'oreille opposée, d'où l'atténuation du son aérien ou crânien perçu de ce côté;

3° Cette épreuve, appliquée à l'étude clinique, prend un rang important dans la séméiologie de l'oreille moyenne et permet d'étudier l'accommodation en action.

De l'emploi de l'acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx (1);

Par le Dr Hering

directeur de la section laryngologique de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie.

Messieurs,

Tous ceux qui s'intéressent au développement et aux progrès de la pharmacologie, et qui ont lu ce qu'on a écrit relativement à ce sujet dans le cours des dix dernières années, doivent être frappés par le grand nombre de médicaments nouveaux qui ont été préconisés par les diverses publications médicales, pour le traitement de telle ou telle maladie.

Dans la plupart des cas, on voit les remèdes dont le

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 9 avril 1884.

succès a été annoncé d'avance délaissés par tous les médecins, disparaître avec une rapidité d'autant plus grande que leur apparition a été plus soudaine. Aussi chacun reconnaîtra-t-il la justesse de cette proposition : il est plus facile en ce moment de lancer dans le courant de la pratique un médicament nouveau, que d'en réhabiliter un, déjà ancien, qu'on a souvent laissé tomber dans le discrédit, sans même l'avoir éprouvé.

C'est pourquoi ce n'est qu'en m'appuyant sur les résultats d'une longue étude et sur une quantité de guérisons reconnues et pouvant être facilement contrôlées, que j'ose appeler votre attention sur un de ces médicaments trop vite abandonnés, sur l'acide chromique.

Ses applications médicales ont été jusqu'ici fort rares, à cause de la facilité avec laquelle il est absorbé, en présence d'une base alcaline, facilité qui le rendait susceptible de produire une véritable intoxication. On a dit souvent que la cautérisation par l'acide chromique était suivie de vomissements violents, de collapsus, enfin qu'elle provoquait des empoisonnements mortels, avec symptômes absolument chlolériformes (A. Mayer).

Avant de m'étendre sur le rôle thérapeutique de ce corps, je rappellerai brièvement quelques-unes de ses propriétés physiques et chimiques.

L'acide chromique s'obtient par l'action de l'acide sulfureux sur une solution concentrée de chromate rouge. Il forme ces cristaux orangés bien connus, qui fondent facilement à l'air, et dont la solution aqueuse est un liquide d'un rouge jaunâtre. C'est un corps violemment oxydant; et, dans cet ordre, on peut citer parmi ses effets l'inflammation de l'alcool, de l'éther et de la glycérine, dont les composés détonnent avec explosion; aussi, lorsqu'on veut se servir de cet acide, doit-on éviter de le mettre en présence de substances facilement oxydables, ainsi que des combinaisons du chlore, du brome et de l'iode, avec l'hydrogène ou avec des métaux. Il cède facilement une partie de son oxygène à certaines substances organiques, dont la combustion a lieu alors avec rapidité, et il se transforme en hyperoxyde de chrome vert. Ce changement de nature lui retire presque complète-

ment ses propriétés toxiques, si bien que (selon Hanon) les effets de l'hyperoxyde de chrome seraient les mêmes que ceux du « magisterium bismuth ».

Envers l'albumine et ses solutions, l'acide chromique se conduit comme l'acide nitrique, c'est-à-dire que, même très dilué, il forme dans une solution un précipité abondant d'albumine. Il coagule aussi les mucosités, la salive et le tissu gélatineux des os.

Je me permets de vous rappeler ces détails, que je regarde comme très importants, parce qu'ils expliquent l'effet de l'acide chromique sur la membrane pituitaire.

Cette propriété est utilisée aussi pour la conservation et l'endurcissement des pièces anatomiques dont on veut garder la forme et la structure (substance du cerveau et des nerfs), ainsi que pour les pièces devant servir aux travaux d'histologie. L'acide chromique peut encore être considéré comme antiseptique, puisqu'il arrête la putréfaction du sang, des muscles et de l'urine. Selon Dougal, son effet sur les infusoires est plus considérable que celui de l'acide phénique; aussi doit-on s'étonner en voyant que cette qualité a été complètement négligée jusqu'ici.

A l'intérieur, on n'a appliqué les chromates de potasse que dans les cas de syphilis invétérée (Bonnefont, Vincent, Heyfelder), et seulement comme essai. Récemment, le Dr O. Güntz, de Dresde, a publié une nouvelle méthode pour le traitement de la syphilis. Il exclut le mercure de la thérapeutique de la syphilis et le remplace par « l'eau chromique », eau qu'il fait préparer par un procédé particulier, comme une eau minérale carbonatée potassique, et qui, si l'on en croit ses expériences, serait un remède sûr contre la syphilis constitutionnelle. Le sel neutre a été aussi employé comme émétique ou comme expectorant analogue au tartre stibié, auquel il n'est pas d'ailleurs préférable.

Pour compléter cette esquisse, je dois encore faire remarquer, outre les effets aigus ci-dessus mentionnés, qu'on a observé un empoisonnement chromique chez les ouvriers des fabriques d'acide chromique, lorsqu'ils sont exposés à la poussière des christaux chromatés ou aux vapeurs qui s'échappent des solutions concentrées.

Il se développe chez ces individus une rhinite, à forme particulière, dont le dernier résultat est la destruction de la cloison des fosses nasales et la perforation complète de ses cartilages. Chose étrange, on prétend que les priseurs sont exempts de cette affection (Delpech-Hillairet). Souvent apparaissent en même temps des excoriations et même des plaies siégeant aux mains et aux pieds, et principalement sur les faces latérales des doigts et des orteils; ou bien des éruptions pustuleuses qui tendent à l'ulcération, surviennent aux bras, aux parties sexuelles et sur les côtés externes des jambes. Si l'ouvrier ne quitte pas son métier, il perd ses forces, maigrit et devient la proie de céphalalgies violentes, avec inflammation de la muqueuse pituitaire et des bronches, suivie de dyspnée. Dans quelques cas, Hillairet a observé au pharynx des ulcérations semblables aux ulcérations syphilitiques.

Quant à l'emploi de l'acide chromique à l'extérieur, les expériences faites jusqu'à maintenant peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

Appliqué sur la peau saine, l'acide la teint en jaune sans l'attaquer; mais la moindre excoriation donne lieu à une vive douleur et à des effets caustiques.

Pour cautériser un point quelconque, si l'on place sur ce point un peu de charpie recouverte d'acide chromique, la charpie se transforme en quelques secondes en une masse noirâtre, ressemblant à de la tourbe; en même temps il y a un vif dégagement de chaleur. La charpie produit alors sur les tissus l'effet du thermo-cautère; il se forme une eschare, dont l'élimination, qui va de la périphérie au centre, cemmence au bout de cinq à huit jours. La chute de l'escliare laisse une plaie en pleine suppuration.

Les solutions aqueuses concentrées, à la moitié ou au tiers, appliquées sur des condylomes, ne causent pas, comme on l'a prétendu, de vives douleurs. Les végétations se rétractent et tombent pour la plupart sans hémorrhagie. Elles disparaissent par la répétition du traitement et laissent une ulcération qui guérit bientôt, ou même ne laissent aucune trace.

Appliqué à l'état de pureté, l'acide chromique est un

puissant agent corrosif. Comme l'acide nitrique il produit une eschare jaunâtre, qui possède une certaine tendance à s'accroître et qui tombe en laissant une ulcération granuleuse.

Je reviendrai plus tard sur l'emploi de l'acide chromique en injection dans les tumeurs malignes.

Comme corrosif, il a été employé contre les condylomes et les papillomes, les verrues, le lupus, les carcinomes et les ulcères malins. On s'en est servi aussi dans la télangiectasie et les endurcissements de la partie cervicale de l'utérus. *Lewin*, tout en prévenant son action toxique, l'a utilisé pour toucher les fausses membranes de la diphtérie. Cet auteur ne se servait que de solutions faibles. On portait le médicament sur la partie à toucher, soit à l'aide d'une simple baguette de verre, à l'extrémité de laquelle se collaient les cristaux, soit avec une petite éponge ou un pinceau d'amiante. D'ailleurs on l'abandonna bientôt à cause des difficultés de son application, de la rapidité avec laquelle il fond, enfin et surtout par crainte de l'intoxication.

Ces difficultés sont-elles réelles? Ces craintes sont-elles justes? N'y a-t-il aucun bénéfice pour la rhinologie et la laryngologie à se servir de l'acide chromique? C'est ce que je vais rechercher, en m'appuyant sur des faits que je discuterai successivement.

Deux obstacles principaux s'opposaient à l'emploi général de cet excellent corrosif pour les affections de la muqueuse pituitaire : 1° l'incommodité du dosage et du procédé opératoire : 2° la crainte de l'intoxication.

Comme nous l'avons déjà dit, l'acide chromique en cristaux jouit de propriétés hygrométriques très prononcées; il fond facilement. De là son action inégale et l'extension de cette action à des points proches de ceux sur lesquels il a été déposé. Ces deux défauts tenaient à la méthode employée pour l'application du médicament et non au médicament lui-même, qu'on n'avait pas le droit d'abandonner sans avoir cherché un autre moyen de le porter sur les tissus malades.

Le procédé que je vais vous montrer à l'instant, Messieurs, me paraît sûr et réunit, je le crois, toutes les qualités qu'on peut en exiger : sur une lampe ordinaire, on

chauffe à l'extrémité d'une sonde d'argent un très petit fragment du cristal; ce fragment, présenté à la flamme successivement et avec précaution, perd son eau en crépitant légèrement, fond en une minute ou moins, et forme une masse gluante, épaisse, d'un brun foncé, qui se fige assez rapidement, en coiffant le bout de la sonde. Cet enduit homogène, semblable à la préparation inflammable des allumettes suédoises, est en couche plus ou moins épaisse, fortement attaché et ne s'émiette pas.

Si la chaleur a agi trop longtemps ou trop brusquement, la surface seulement du cristal se transforme en une couche verte, friable et poreuse, d'hyperoxyde de chrome, dépouillé de toute action corrosive.

Une sonde ainsi préparée étant laissée à l'air, l'acide chromique reprend son eau de cristallisation, fond et peut de nouveau être transformé par la chaleur.

Cette méthode permet donc, par le dosage facile de la quantité employée, le calcul du temps d'application et de la pression exercée, cette méthode permet de mesurer et de graduer à volonté la cautérisation.

D'après les expériences que j'ai poursuivies, il n'est pas rigoureusement nécessaire d'avoir une sonde d'argent; elle peut être remplacée, si l'on veut suivre exactement le procédé de chauffage que j'ai indiqué, par un petit bâton d'alpaca ou un fil de fer. On comprend cependant l'avantage qu'il y a à employer l'argent ou le platine, corps inoxydables. Un bâton de verre assez gros peut même servir pour cautériser le nez et le pharynx; mais la fragilité de cette substance en interdit l'emploi pour la partie supérieure du pharynx et le larynx.

C'est déjà, Messieurs, un des avantages de ma méthode de ne demander que des instruments fort simples : une sonde, un bâton de verre ou même une épingle étirée. On touche légèrement, ou bien on raie à plusieurs reprises la place que l'on veut cautériser. On voit paraître aussitôt une tache, ou des stries jaunâtres, qui s'élargissent peu à peu et conduiront ensuite à l'eschare.

Pour obtenir une cautérisation moins profonde, il suffit de plonger le bâton de verre dans le dépôt brun qui se fait au fond des flacons d'acide chromique. Ce

dépôt très aqueux est moins actif que la préparation privée d'eau.

Je voudrais maintenant appeler votre attention sur un fait très remarquable, c'est le peu de douleur produit par l'attouchement à l'acide chromique des muqueuses buccale et pharyngienne. Lorsqu'on touche une granulation de la paroi postérieure du pharynx, le malade n'accuse pas de douleur, mais seulement un goût métallique désagréable. Aucune douleur non plus, après la cautérisation des tonsilles, du palais et de la langue, ni après la cautérisation de la muqueuse pituitaire, si toutefois le dosage a été exact, si la main qui tient l'instrument est habile, enfin si l'on a pris certaines précautions dont je parlerai tout à l'heure.

Mais j'abandonne pour un instant la cautérisation, et j'en viens à l'examen de ces conséquences et de ces prétendues intoxications autour desquelles on a fait tant de bruit. En quoi consistent-elles et quelles en sont les causes? Sont-elles produites par l'action directe de la substance toxique ou par ses effets postérieurs sur l'estomac?

Dans mes premières expériences, la cautérisation du nez n'a jamais été suivie de symptômes d'empoisonnement, malgré l'application très énergique et la répétition de la cautérisation. Après chaque attouchement, il est vrai, je faisais dans le nez une injection d'eau pure, que je continuais aussi longtemps que l'eau conservait à sa sortie une teinte jaune. Chez un malade âgé, la destruction par l'acide chromique des débris d'un polype nasal amena, malgré mes précautions, des vomissements qui parurent deux heures après la cautérisation. Mais ce malade était atteint de catarrhe naso-pharyngien avec légère parésie du voile du palais, ce qui permettait à une partie des liquides injectés dans le nez de s'écouler dans le pharynx. Les vomissements étaient donc produits par l'arrivée d'une petite quantité d'acide chromique dans l'estomac. Cette action est d'ailleurs facilement neutralisée par une solution d'un sel de soude à 15 p. 100 que je faisais prendre au malade avant la cautérisation.

L'eau qui me servait à faire les injections ne contenait que 5 grammes de sel de soude pour 300 grammes d'eau.

Faites ensuite, les cautérisations n'étaient suivies ni de vomissements, ni de maux d'estomac, et grâce aux mêmes précautions je n'eus pas à redouter ces accidents après les applications d'acide chromique dans le larynx et le pharynx. Mais lorsqu'on a touché ce dernier organe ou la bouche, il faut recommander au malade de ne pas avaler sa salive et de se rincer la bouche avec une faible solution sodique, jusqu'à ce que cette solution ne soit plus teintée en jaune à la sortie de la bouche. Il faut aussi attendre au moins deux heures à partir de l'opération avant de boire ou de manger, pour éviter l'absorption de la petite quantité d'acide qui est encore attachée à l'eschare.

Outre l'observation de ces règles, le malade touché au larynx doit immédiatement tousser et expectorer les crachats. En observant ces précautions, et en appliquant la préparation comme je l'ai dit plus haut, il est rare d'avoir des symptômes d'intoxication, vomissements ou maux d'estomac. Quant à l'action tardive du médicament sur l'intestin, action qui se manifeste par des diarrhées, il ne m'a pas été donné d'en voir jusqu'ici, même après des cautérisations répétées.

Toutefois, si ces divers accidents, vomissements réitérés et diarrhées débilitantes, se produisaient chez quelque malade excessivement irritable (ce que certains auteurs prétendent avoir vu), il évident qu'il faudrait suspendre l'emploi du remède.

Chez les petits enfants, qui ne savent pas se gargariser, il faut se garder d'introduire de l'acide chromique dans le pharynx et le larynx; mais on pourra le faire dans le nez, les enfants même supportant les injections dans ses cavités.

Ainsi, selon mes expériences, la seule action nuisible que l'on puisse reprocher à l'acide chromique est ce vomissement qui arrive quelquefois chez certains malades seulement. Je crois donc avoir établi qu'il n'est point produit par une intolérance spéciale, mais qu'il n'est que la conséquence du peu de précautions qu'ont pris les malades après la cautérisation.

Un tel évènement n'est certes point un malheur, et il est loin d'être suffisant pour interdire l'emploi d'un caus-

tique rapide, énergique, qui ne cause pas la moindre douleur.

Même en faisant des injections de solutions d'acide chromique dans le parenchyme des glandes, pour un cas de lympho-sarcome des deux amygdales, bien que les injections aient eu lieu deux fois par semaine, je n'ai obtenu que la nécrose désirée et n'ai vu paraître aucun phénomène d'intoxication; chaque injection était de cinq gouttes d'une solution au centième.

Après cet aperçu général de la méthode à suivre et des précautions à observer pour l'usage de l'acide chromique, je vous donnerai un résumé des cautérisations faites avec ce *caustique*.

(A suivre.)

COMPTE-RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 9 Avril 1884.

Présidence du Dr Garrigou-Désarènes.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

M. le Président annonce que M. le Maire a accordé gracieusement la salle de la Mairie du premier arrondissement pour y tenir les séances de la Société, et propose de lui voter des remerciements. — Adopté à l'unanimité.

M. le Dr Baratoux, Secrétaire, lit son rapport sur l'exercice 1883-84 :

« En fondant, il y a un an, la Société Française d'Otologie et de Laryngologie, nous ne pensions pas qu'elle eût pris un développement aussi rapide. En effet, au début notre réunion ne comptait qu'une trentaine d'adhérents et aujourd'hui elle se compose de quatre-vingts membres. En outre, un grand nombre de nos collègues nous

ont apporté dans le cours de l'année le fruit de leurs travaux.

» Le Dr Nouet a lu une observation de syphilis héréditaire tardive de la gorge avec otite moyenne concomitante.

» Le Dr Koch a présenté un fragment d'os resté pendant quatre-vingts jours dans la trachée d'un de ses malades.

» Le Dr Moure a communiqué une observation de laryngite sèche et une autre de fracture probable des osselets de l'oreille par violence indirecte.

» Le Dr Delie a lu un mémoire sur le spasme pharyngo-laryngé.

» Le Dr Ménière a rapporté un cas de rhumatisme à début auriculaire.

» Le Dr Blanc a fait une étude sur les kystes du larynx.

» Le Dr Baratoux a présenté quelques faits relatifs à l'étude des tumeurs adénoïdes.

» Le Dr Schiffers a présenté un aryténoïde nécrosé rejeté pendant la vie,

» Le Dr Gellé a lu une communication sur le vertige auriculaire en rapport avec l'angine rhumatismale.

» Le Dr Moura a rapporté une observation relative au mécanisme de la déglutition.

» Le Dr Hering a cité une série de cas de corps étrangers qu'il a observés dans le larynx et l'œsophage.

» Le Dr Garel a présenté un larynx artificiel, et le Dr Baratoux des appareils pour la galvanocaustie chimique de l'oreille.

» Le Dr Berthold a enfin communiqué une étude sur l'autophonie, dont la discussion est en tête de notre ordre du jour, ordre du jour chargé, et qui vient affirmer une fois de plus que notre Société est en pleine activité, grâce au concours de nombreux confrères qui n'ont d'autre but que d'étudier en commun les maladies de l'oreille, du larynx et du nez, et de nouer entre eux des relations amicales qui ne tarderont pas à se développer davantage, lorsque tous nos collègues auront compris l'importance de nos réunions. »

M. le Dr Ménière, Trésorier, fait ensuite connaître l'état des finances, de la Société qui sont loin de péricliter :

« Dans l'année 1883-84, le Trésorier a reçu 1035 francs.
» Les dépenses se sont élevées au chiffre de 510 fr. 80. Il reste donc, pour l'année 1884-85, un actif de 524 fr. 20, sans compter les cotisations de l'année courante. »

Modifications de l'art. 3 des Statuts. — Sur la proposition du Comité, l'Assemblée supprime les titres de membres honoraires et correspondants.

Elle décide ensuite que la Société ne se composera que de deux sortes de membres :

1° Membres titulaires français;

2° Membres titulaires étrangers.

La modification de cet article entraîne la suppression des articles 6, 7 et 18 des Statuts.

Modifications de l'art. 17. — L'article 17 est modifié ainsi qu'il suit :

Le prix de la cotisation annuelle est fixé à 15 francs pour tous les membres.

Modifications de la composition du Comité. — Le Comité propose de modifier l'article 9 des Statuts ainsi qu'il suit :

Le Comité sera composé de cinq membres résidants à Paris, de deux membres de province et de deux membres de l'étranger. — Adopté.

Modifications de l'article 10 du Règlement. — Le manuscrit de tout mémoire doit être écrit en français et ne pas excéder 10 pages environ des *Bulletins.*

La liste des candidats proposés comme membres honoraires et correspondants est acceptée par l'Assemblée à la condition qu'ils prendront le titre de membres titulaires étrangers.

La Société procède ensuite à l'élection de trois délégués, pour la représenter, un au Congrès Otologique de Bâle et deux au Congrès de Copenhague, dans les sections d'Otologie et de Laryngologie.

M. Gellé est désigné pour Bâle; MM. Boucheron (Otologie) et Moure (Laryngologie) pour Copenhague.

L'ordre du jour appelle ensuite la discussion sur l'article du Dr Berthold, de Kœnigsberg, sur l'autophonie (1).

M. Moure (de Bordeaux). — Je dois avouer que j'ai lu, non sans étonnement, la communication de notre confrère, M. Berthold, qui me semble d'abord soutenir un véritable paradoxe, lorsqu'il dit que l'autophonie ne s'observe que dans les cas d'obstruction de la trompe et qu'elle est due à ce que les lèvres de ce conduit sont tellement tuméfiées qu'elles ne peuvent rester accolées; s'écartant alors l'une de l'autre elles gênent le fonctionnement naturel de ce conduit qui est d'être fermé à l'état normal.

« On comprendra, dit-il, que la trompe devienne perméable lorsque la muqueuse est gonflée! » Si, comme le dit l'auteur, l'autophonie était le résultat de la béance de la trompe, ce phénomène devrait s'observer, à un très haut degré, chez certains scléreux dont les trompes sont tellement larges, par suite de l'atrophie de la muqueuse, que c'est à peine, dans quelques cas, si les deux lèvres se touchent à l'état normal. Enfin, si l'autophonie était due à la béance de la trompe, ce phénomène ne devrait pas s'observer dans d'autres cas; or, tout le monde sait que l'autophonie existe parfois à un très haut degré dans les cas de bouchons de cérumen. Je crois plutôt qu'il faut rapporter ce phénomène à un état d'hyperesthésie fonctionnelle occasionnée soit par l'inflammation, soit par la présence d'un corps étranger dans le conduit.

M. Ménière. — On peut également produire l'autophonie en tiraillant la chaîne des osselets par le simple procédé de Valsava.

M. Noquet. — Comme M. Moure, je crois que l'autophonie est fréquente dans les cas de bouchons de cérumen, et elle disparaît alors après leur ablation. Elle résulte, à mon avis, de l'obstacle apporté par le corps étranger à l'écoulement des ondes sonores au dehors.

M. Boucheron. — M. Boudet de Paris considère que dans les cas d'obstruction tubaire ou de bouchons de cérumen l'air emprisonné joue le rôle de caisse de résonnance.

(1) Voir *Revue mens. de Laryngol.*, etc., no 4, 1er Avril 1884, page 131.

M. Garrigou-Désarènes. — Un malade atteint d'une otite moyenne catarrhale subaiguë éprouvait une autophonie très pénible pendant un exercice assez violent, au moment où il sentait quelques bulles d'air arriver dans la caisse; il ne faisait cesser ce bruit qu'en faisant un violent effort d'inspiration par le nez, la bouche étant fermée.

M. Ménière. — Je ferai observer qu'il ne peut y avoir de caisse de résonnance que si le tympan est porté en dehors.

M. Baratoux. — M. Berthold dit, en terminant son article, que jamais on n'a observé d'autophonie dans un cas où la caisse aurait été pleine de liquide. Je dois avouer que, pour ma part, je ne saurais être aussi affirmatif, ayant en ce moment un malade chez lequel l'autophonie existait à un très haut degré et était occasionnée par la présence de liquide dans la caisse.

M. Gellé. — Puisque l'on parle de tous les cas où l'autophonie peut se produire, je crois qu'il faut admettre qu'elle peut être le résultat de la compression et de l'hyperesthésie acoustique, et que ce phénomène peut être modifié de différentes manières, tantôt par une douche d'air et tantôt par une perforation, suivant les cas. Cependant, deux facteurs me paraissent nécessaires pour produire l'autophonie : ce sont une caisse de résonnance et une hyperesthésie fonctionnelle. J'observe en ce moment un malade, qui en poussant simplement de l'air dans sa trompe produit ainsi non de l'autophonie, mais du vertige, et cependant l'air circule facilement dans ses trompes, à cause de l'atrophie de la muqueuse par sclérose des trompes et des fenêtres, cette dernière empêchant la trop grande sensibilité du nerf acoustique.

M. Garrigou-Désarènes. — On peut aussi observer de l'autophonie d'origine congestive au moment où l'air, poussé fortement, pénètre dans la caisse qu'il remplit. La congestion de la muqueuse de la trompe d'Eustache, rendant cet organe meilleur conducteur du son, la voix vient retentir dans la caisse, en suivant les parois momentanément indurées des trompes; et si, en ce moment, la caisse est remplie d'air par l'atrésie de la trompe, l'autophonie peut se produire. Le malade peut souvent la faire cesser en diminuant la pression

de l'air dans la caisse par l'inspiration forcée, la bouche et le nez tenus fermés.

M. Bayer. — On peut facilement obtenir une autophonie artificielle en se bouchant les oreilles avec les doigts.

M. Gellé. — Ou en se couchant sur une oreille après un repas copieux.

(*A suivre*).

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Epithélioma de l'oreille externe *(Epithelioma of the external Ear)*; par le Dr Bowlby.

Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, atteint d'un petit polype situé au niveau de l'helix de l'oreille droite, attribué à une brûlure. La tumeur grossit peu à peu et fut même enlevée; mais elle récidiva et le microscope révéla sa nature épithéliale. Le Dr Roger (Williams) fait observer combien sont rares les épithéliomas de l'oreille externe, qui sont surtout une affection du sexe masculin. Le Dr Clutton a observé une tumeur analogue qui fut prise pour un lupus rodens. (*Patholog. Soc. of London, et the Lancet*, 8 mars 1884.)

Otite moyenne purulente double. — Ostéite des apophyses mastoïdes et de la région des rochers avoisinant les caisses. — Pus dans les labyrinthes *(Pièces pathologiques recueillies sur un sujet mort de méningite cérébro-spinale)*; par le Dr Noquet.

Chez un jeune soldat du train des équipages, entré à l'hôpital militaire de Lille le 22 novembre 1879, M. Cuignet ne constata que les signes d'une otite moyenne purulente double avec perforation des tympans.

L'affection de l'oreille gauche remontait à plusieurs années, l'autre était postérieure à l'incorporation. Deux jours après, le malade mourait avec tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale, dont MM. Cuignet et Kelsch retrouvèrent à l'autopsie toutes les lésions. D'un autre côté, les caisses du tympan offraient les traces d'une inflammation suppurative

et d'une large perforation; le tissu osseux avoisinant et les cellules mastoïdiennes présentaient de l'ostéite. On trouvait du pus dans les vestibules et autour des nerfs acoustiques et faciaux, enflammés eux-mêmes. Les limaçons étaient injectés. En présence de ce cas et des résultats de l'autopsie, on est immédiatement tenté d'admettre que l'affection des oreilles constatée avant l'explosion des accidents graves a été le point de départ de tout le cortège pathologique.

D'autre part, si l'on se rappelle que des lésions analogues de l'appareil auditif ont été constatées par plusieurs observateurs chez des sujets morts de ménigite cérébro-spinale épidémique, ne peut-on pas supposer que le malade en question a été frappé par un cas sporadique de cette dernière affection ?

Dans cette seconde hypothèse, les lésions préexistantes de l'oreille moyenne ne jouent plus aucun rôle. Il faut admettre qu'elles se sont simplement aggravées sous l'influence de la méningite cérébro-spinale, en même temps que cette influence faisait naître l'ostéite du rocher et l'inflammation du labyrinthe. (Extrait du *Bulletin médical du Nord*, février 1880.)

A. DUCAU.

De l'inflammation de l'apophyse mastoïde et du traitement de l'otorrhée par les insufflations de poudres *(Mastoïd inflammation, and the treatement of otorrhœa with powders by insufflations);* par le Dr WARDEN.

Le Dr Warden affirme que, dans bien des cas, malgré toutes les apparences d'inflammation de l'apophyse mastoïde, la trépanation est inutile, un traitement approprié pouvant faire disparaître tous les symptômes mastoïdiens. Il conseille, dans ce cas, de faire une application de solution de nitrate d'argent concentrée, et au besoin d'appliquer des sangsues et faire des fomentations chaudes. Cet auteur pense, en outre, que le traitement des otorrhées par des insufflations pulvérulentes est susceptible d'occasionner des complications mastoïdiennes. (*Midland med. Soc.*, 20 février 1884.)

Contribution à l'étude du diagnostic du siège des maladies de l'oreille interne (*Contribuzione alla diagnosi di sede della malattie dell orechio interno)*; par le Dr G. PALADINO.

L'auteur pense que pour savoir si, dans un cas de maladie

de l'oreille externe ou moyenne, le labyrinthe est intéressé, il faut savoir comment se fait la transmission de la voix parlée à travers les os du crâne, et il emploie à cet effet un phonophore (fonifero) dont le dentophone et l'audiphone ne sont qu'une modification. *(Rivista clinic. terapeut.*, n° 3, mars 1884.)

La Rhinite des ouvriers soudeurs de boîtes de conserves *(In Philadelphia medical and surgical Report*, Juin 1883); par W. Stump-Forwood.

C'est dans les canneries, chez les ouvriers qui ferment les boîtes de conserves, que cette maladie a été signalée.

Il s'agit d'une rhinite ulcéreuse pouvant donner lieu à une perforation de la cloison. Le sel muriatique, que l'on emploie pour la soudure des couvercles, donne lieu à un dégagement de buées acides très caustiques, au moment où l'on passe le fer au rouge sur l'alliage à souder. Ces vapeurs chlorhydriques, soit seules, soit à l'état de combinaison avec le plomb que contient l'alliage, montent au visage et pénètrent dans les narines des ouvriers. Pour se préserver, ceux-ci ont soin de se tenir au vent des buées et de s'oindre les narines avec une substance oléagineuse.

Rappelons ici que la rhinite perforante d'origine professionnelle a été rencontrée chez les ouvriers chromateurs exposés à l'action du bichromate de potasse (Delpech); chez les ouvriers exposés à l'inhalation des poussières arsenicales (Rollet); plus rarement chez les ouvriers chaufourniers exposés à l'action de la chaux; et enfin chez les ouvriers décapeurs de zinc exposés à l'action du chlorure de zinc contenu dans les buées qui s'élèvent des plaques sur lesquelles on a projeté du sel ammoniac. (*Revue Sanitaire de Bordeaux*, N° 7, 1884 — Layet.)

De la présence des parasites animaux dans le larynx
(*Zeitschrift für Klin. Med.*, VI, 6); par Mosler.

Mosler recueille dans la littérature les cas où des vers d'espèces différentes, et surtout des ascarides, sont parvenus dans le larynx et y sont devenus, selon l'expression de A.-V. Haller, *manifesti suffocationis auctores*.

La marche des phénomènes s'est le plus souvent montrée

très rapide; chez les enfants, ils ne durent guère plus de quelques minutes. Le diagnostic devra porter sur la présence de corps étrangers; dans les trois cas où la laryngotomie, ou trachéotomie, fut faite, l'on ne trouva pas le vers, qui pourtant était logé dans les voies aériennes. Néanmoins, Mosler recommande de pratiquer l'ouverture chirurgicale des voies aériennes dès que les vomitifs (spécialement l'apomorphine) qui peuvent, selon lui, suffire à expulser des petits vers, seront restés sans résultat. (*Centralbl. für die medic. Wissensch*, n° 44, 1883.)

Goris.

Du spasme des muscles respiratoires (*Zeitschrift für Klin. Med*)., VI, p. 550); par F. Riegiel.

Un garçon de quatorze ans fut atteint de singuliers spasmes des muscles expirateurs, se déclarant sous forme d'accès; il les avait ressentis après être tombé à l'eau en hiver. Ils se déclaraient tantôt spontanément, sans inspiration préalable; tantôt des expirations courtes et bruyantes plusieurs fois répétées succédaient à une inspiration normale. Ces spasmes existaient depuis un an; Riegiel les regardait comme de nature hystérique. Ils guérirent par un traitement purement normal. (*Centralbl. f. die med. Wissenschft*, n° 44, 1883.)

Goris.

Contribution à l'étude de la sténose de l'œsophage et des bronches par des glandes tuberculeuses engorgées; par le Dr Hofmokl.

Deux cas; dans le premier, où l'œsophage est comprimé par des glandes, un morceau de pomme de terre, qui ne passe pas dans le point rétréci, produit également une compression de la bronche droite. La mort par asphyxie ne peut être empêchée ni par le sondage, ni par la trachéotomie inférieure.

Le second malade, atteint de sténose cicatricielle de l'œsophage, mourut de tuberculose générale.

Ce sont des cas rares, malgré tout ce qu'on en a écrit. Le diagnostic ne peut être posé que rarement et lorsque la maladie est très avancée. Le traitement est restreint au sondage et à une nourriture fortifiante. (*Archiv. fur Kinderheilk.* Bd. IV, Hft. 3-4. *Centralbl. f. Klin. Medicin.*, n° 33, 1883.)

L. B.

Goître; mort par suite de paralysie des cordes vocales; par Seitz.

Une dame de vingt ans, atteinte d'un goître peu volumineux, meurt subitement la nuit, suffoquée, après avoir eu une toux caverneuse qui faisait supposer une lésion du récurrent. L'examen laryngoscopique aurait dû avoir lieu le lendemain; c'était à cause du temps sombre qu'il fut reculé! L'autopsie ne démontre rien de remarquable; pas de ramollissement ni de relâchement de la trachée; une légère sténose occasionnée par le corps thyroïde. Le récurrent gauche est plus volumineux que le droit, et un peu aplati entre le thyroïde et la trachée. Pas d'altération microscopique. L'auteur croit à une paralysie du récurrent. Les dilatateurs, dont les fibres auraient souffert par la pression de la glande, n'auraient pu résister aux constricteurs, qui peut-être étaient eux-mêmes aussi en état de contraction spasmodique, et la suffocation en fut la conséquence.

L'auteur cite des cas analogues survenus après la coqueluche; il signale les rapports qu'offrent, avec les faits précédents, les cas de spasme de la glotte des adultes et la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs observés après les maladies infectieuses, le spasme de la glotte phonique, respiratoire et coordonnateur. (Communication de quelques observations de ce genre.) La paralysie des cordes vocales occasionnée par le goître a été fréquemment observée, ainsi que la blessure du récurrent après leur extirpation.

L'auteur discute enfin les différentes méthodes, les dangers et les suites éventuelles du traitement des goîtres, champ vaste qui contient encore beaucoup d'inconnu et d'obscur. (*Archiv. für Klin. chir.*, Bd XXIX, Hft 1 et 2. *Centralbl. f. Chir.*, n° 5, 1884.)

Bayer.

Ganglions trachéo-laryngiens; par M. Gouguenheim.

M. Gouguenheim fait une communication à l'effet : 1° de décrire les ganglions trachéo-laryngiens; 2° d'expliquer que le spasme ou bien la paralysie que l'on observe si souvent dans la tuberculose ou dans le cancer du larynx, doivent être attribués à la compression des récurrents par les susdits ganglions considérablement hypertrophiés.

M. Gouguenheim, sur le premier point, semble croire qu'il a découvert que les ganglions trachéo-laryngiens forment trois amas ou groupes : *un inférieur*, dit-il, *qui se confond avec les ganglions médiastinaux*, un moyen et un supérieur.

Cette division, qui correspond à l'extrémité inférieure, moyenne et supérieure, du *chapelet ganglionnaire jugulaire*, ainsi qu'au *chapelet ganglionnaire trachéal* des auteurs, ne présente rien de nouveau. L'auteur eût pu cependant lui donner une forme plus précise en disant que le groupe inférieur se continue avec les ganglions du médiastin *antérieur*, et non, comme il l'avance, avec les ganglions *médiastinaux*, par cette raison bien simple que les ganglions du médiastin *postérieur* ne communiquent pas directement avec le groupe trachéo-laryngien.

Sur le second point, M. Gouguenheim émet une hypothèse que rien ne justifie. Il nous paraît difficile d'admettre que de petits ganglions tuméfiés puissent provoquer, par compression, l'exaltation ou la disparition des fonctions nerveuses. On n'a qu'à considérer ce qui se passe en d'autres points du corps où les engorgements ganglionnaires laissent intactes les fonctions nerveuses. On n'est pas autorisé, dans tous les cas, à comparer la gêne possible qu'amène la tuméfaction d'un ganglion à la compression exercée par une tumeur solide ou un anévrysme de l'aorte, par exemple.

Selon notre humble avis, M. Gouguenheim eût été dans le vrai si, s'inspirant des lois élémentaires de la physiologie, il eût simplement attribué les phénomènes de spasme et de paralysie aux troubles des impressions reçues par les extrémités terminales des nerfs récurrents dans un milieu profondément modifié (muscles et articulations) par le tubercule ou le cancer.

M. Gouguenheim fournit lui-même un argument favorable à cette manière de voir lorsque, pour prouver autre chose, il dit :

« Ces cas de spasme ont aussi été décrits sous le nom de paralysie des dilatateurs ; mais la possibilité d'écartement des lèvres de la glotte et de diminution et même de cessation des bruits laryngiens, au moment même de l'inspiration, sous l'influence des anesthésiques, semble devoir écarter l'hypothèse paralytique. »

Il est évident pour tous que l'anesthésie ne peut faire

disparaître un phénomène de compression par un corps solide, et que, par conséquent, si le spasme ou la paralysie disparaissent pendant l'anesthésie, c'est que ces phénomènes sont sous la dépendance d'un trouble de la sensibilité réflexe ou autre, c'est-à-dire sous la dépendance de l'impression maladive ou anormale reçue par les nerfs dans le milieu laryngien. (*Revue méd. franç. et étrang.*, nº 9, 1884.)

Des rapports physiologiques qui existent entre la glande thyroïde et la rate; par A. S. Tauber.

L'auteur, ayant fait des expériences sur différents animaux pour constater si le thyroïde pourrait remplacer la rate, comme Tiedemann, Credé et Zesar le supposaient, est arrivé aux conclusions suivantes :

1º On doit regarder la rate comme un des principaux réservoirs du sang;

2º Il n'y a pas de rapport physiologique entre la rate et le thyroïde ;

3º Les animaux d'âge moyen supportent la splénotomie bien plus facilement que les vieux animaux ;

4º Les animaux dont la rate est extirpée sont toujours bons pour la reproduction ;

5º L'absence de rate n'a aucune influence sur la digestion des animaux ;

6º Les animaux devenaient fort anémiques après la splénotomie; la quantité absolue et relative des globules blancs augmentait considérablement; la grandeur et le nombre des globules rouges diminuait. (*Medizinski West.*, nº 39, 1883. *Centralbl. für Chir.*, nº 52, 1883.)

Bayer.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la réclamation suivante, que notre impartialité nous fait un devoir de publier :

Quelques observations sur la modification apportée par M. le Dr Garel à mon laryngo-fantôme, par le Dr Charles Labus, de Milan.

« Le numéro du mois de Mars de cette année de la *Revue* contient une communication du Dr L. Garel sur un laryngo-fantôme qu'il a présenté à la

séance du 24 janvier de la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans laquelle il dit que son appareil est un *perfectionnement* du mien.

» Perfectionner un appareil, c'est le simplifier dans sa construction en n'atténuant en rien ses effets, ou, par des additions ou complications, obtenir des résultats meilleurs, ou le faire mieux correspondre au but que l'on recherche.

» Mon laryngo-fantôme est un conduit métallique qui, par sa courbure et par ses dimensions, imite le canal bucco-pharyngo-laryngien dans la position exigée pour la laryngoscopie. L'orifice supérieur, qui correspond à la bouche, est pourvu d'une soupape qui reste soulevée par un crochet. Un électro-aimant -- dont l'hélice a un bout qui se perd dans les parois du conduit et l'autre qui finit à une vis — peut déplacer le crochet et par conséquent laisser libre la soupape qui, tombant de son poids, ferme l'orifice buccal A l'extrémité inférieure du conduit, correspondante au larynx, se trouve latéralement une fente horizontale par laquelle on introduit un petit tiroir renversé. Le fond de ce tiroir est formé par deux plaques métalliques reliées par une charnière — figurant deux feuillets d'un livre — et présente dans son milieu un trou, d'ampleur et de configuration pareilles à la glotte dans l'inspiration. Enfin, l'appareil est fixé sur un support que l'on peut allonger ou raccourcir.

» Je ne crois pas qu'on puisse simplifier davantage cet appareil sans nuire à son but.

» Voyons maintenant quel est ce but :

» Si l'on veut s'en servir pour de simples exercices de laryngoscopie (comme ceux que l'on fait avec les laryngo-fantômes d'Oertel et de Isenschmid, il n'y a qu'à placer sur le tiroir une image laryngoscopique coloriée et l'élève pourra, spécialement s'il se sert pour l'éclairage du réflecteur frontal, s'habituer au maniement combiné de celui-ci avec le miroir pharyngien.

» Si l'on veut qu'il s'exerce à toucher, sur le guide du laryngoscope, un point du fantôme désigné d'avance, il est également évident qu'il peut le faire aussi bien avec le mien qu'avec ceux de Waldenburg, Tobold, Oertel.

« Mais si je mets en communication un pôle d'une pile électrique avec la vis où se rend un des bouts de l'hélice de l'électro-aimant, et l'autre pôle avec une pince laryngienne, j'atteins un but auquel on ne peut arriver avec les laryngo-fantômes des auteurs ci-dessus nommés. *Mon appareil alors est rendu sensible et j'obtiens les réflexes que l'on a sur le vivant.* Et voici comment :

» Je fixe entre les deux plaques métalliques du fond du tiroir un morceau de papier, de manière à ce qu'une partie soit en évidence dans le point voulu de la glotte — comme si c'était un polype ou un corps étranger. — L'élève éclaire le fond du gosier, y applique le miroir pharyngien de façon à avoir la vue du trou glottique où se trouve le papier qu'il doit, *dès ses premiers exercices*, essayer d'enlever. Il faut donc qu'il apprenne à aller jusqu'au point désigné, qu'il ouvre les branches de l'instrument et qu'il saisisse le papier sans toucher nulle part, car au moindre frôlement le courant électrique s'établit, l'électro-aimant fonctionne, la soupape tombe et ôte la vue du miroir pharyngien ; l'opération est manquée. L'élève est obligé de retirer instrument et miroir, de soulever de nouveau la soupape et de recommencer l'exercice. Il est bien évident que, pour celui qui sait manœuvrer habilement la pince à la profondeur des cordes vocales et dans un

espace aussi limité que celui de la glotte, toute opération dans un espace plus large et moins profond (dans le vestibule laryngien ou dans le pharynx, par exemple) devient un jeu.

» La modification apportée par M. Garel à mon laryngo-fantôme consiste à avoir substitué au tiroir un larynx moulé sur le cadavre qui présente, en huit points divers, de petites plaques rondes, en cuivre, de 2 millimètres de diamètre. Ces plaques sont montées chacune sur une tige conductrice cachée dans l'intérieur de la composition dont est formé le larynx artificiel. Toutes ces tiges, isolées les unes des autres, viennent sortir à la partie antérieure du larynx. Chacune porte une plaque numérotée répondant à un numéro d'ordre indiqué sur une image glottique placée en avant de l'appareil. On peut alors à son choix articuler avec une sonnerie électrique telle ou telle région parfaitement définie. Si l'on introduit la sonde — reliée à la pile par un conducteur — avec succès sans faire basculer la valve buccale, on arrive sur le larynx; mais pour entendre la sonnerie électrique, il faut parvenir à toucher exactement le point désigné d'avance.

» Ce larynx moulé est mobile et peut être remplacé par un autre larynx dans lequel sont creusées des petites cavités cylindriques. Dans ces cavités on peut introduire des tumeurs artificielles très différentes de volume. Ce sont des espèces de clous à tête plus ou moins grosse, formés d'un mastic résistant. Ces polypes simulés peuvent être enlevés avec les pinces laryngiennes.

» Avec cette substitution, M. Garel « croit être arrivé à construire un » appareil aussi complet que possible, permettant mieux que tous ceux » connus déjà non seulement d'arriver à toucher un point précis du larynx, » mais encore de fournir au professeur et à l'élève un contrôle rigoureux » de la rapidité de l'opération. »

» Or, je demande si l'élève, avec mon laryngo-fantôme, s'exerce et réussit, sans faire réagir l'appareil, à enlever le morceau de papier fixé sur un point déterminé de la glotte, s'il n'est pas évident qu'il a dû *toucher le point précis désigné d'avance*, et par le fait même de la réussite plus ou moins prompte, si l'on n'a pas la preuve de l'adresse de l'élève, et si le professeur n'a pas aussi le *contrôle rigoureux de la rapidité de l'opération ?*

» Dans ce cas, le but que M. Garel croit avoir atteint ne l'était-il pas déjà avec mon laryngo-fantôme dans sa construction originaire? (1)

» Je conclus donc que, avec la modification Garel, mon appareil n'est en rien simplifié et ne répond pas davantage à son but, et qu'une telle modification, loin d'être un perfectionnement, n'est qu'une complication inutile.

» Or, une complication inutile suffit-elle pour que le *laryngo-fantôme Labus* perde le nom de son inventeur et devienne le *laryngo-fantôme Garel*, ainsi qu'il a été annoncé dans ce journal, page 96?

(1) Mon laryngo-fantôme a été inventé en 1878, et, dans le mois d'août de la même année, je l'ai fait connaître au public (Voir *Annali Universali di medicina*. — Milano, agosto 1878). Dès lors je conseillais aux élèves les exercices avec la pince laryngienne. Un rapport exact en a été donné dans le *Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf*, etc. (Berlin, novembre 1878), et dans le numéro I, 1879, des *Annales des maladies de l'oreille, du larynx* (Paris). Du reste, pour ceux qui trouvent mon appareil trop schématique, je fais observer que depuis 1881, j'ai construit un laryngo-fantôme où la bouche, le pharynx et le larynx sont moulés sur le cadavre (Voir *Archivii Italiani di laryngologia*. — (Napoli, Iuglio 1881). — *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie*, etc. (Paris, décembre 1881).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

THÉRAPEUTIQUE

Le Byrrh au vin de Malaga.

Depuis quelques années, l'industrie des liquoristes a versé dans la consommation un nombre vraiment considérable de produits nouveaux. Il n'est pas de jours où sur les murs nous ne voyions apparaître ces affiches multicolores où se trouvent exaltés les mérites et les hautes vertus des préparations de ce genre. Les noms les plus extraordinaires et les plus extravagants les signalent à l'attention; les réclames les plus charlatanesques en font des panacées universelles. Toutes ces préparations ont la prétention d'être des toniques, toutes veulent jouer le rôle des médicaments dits *apéritifs*, c'est-à-dire de ces médicaments qui peuvent augmenter l'appétit et faciliter les fonctions digestives. Dans cette situation, la science hygiénique a donc le droit et surtout le devoir d'examiner la valeur réelle de ces productions, de dire son mot, de rechercher si leur usage répond à un besoin réel, et s'il ne peut devenir une source de maladies plus ou moins sérieuses.

Un premier fait est digne de remarque. Il est bien certain que dans l'état de civilisation où nous vivons aujourd'hui, avec notre vie cérébrale menée à toute vapeur, avec nos occupations intellectuelles si nombreuses, avec nos tracas, nos soucis, notre désir de parvenir, notre ambition, et — disons-le — aussi notre peu de mesure en toutes choses, nous sommes tombés pour la plupart dans un état d'anémie plus ou moins marqué. Il est bien certain aussi que cette vie cérébrale exagérée, que cet état d'anémie a son contre-coup vers les fonctions végétatives, et plus particulièrement, sans contredit, vers les fonctions digestives. De là cette diminution de l'appétit; de là cette difficulté de digestion, ces troubles de l'estomac dont un si grand nombre de personnes sont atteintes de nos jours. De là aussi cette tendance à rechercher l'usage des préparations soit hygiéniques, soit pharmaceutiques, qui, tout en nous donnant une certaine tonicité, stimulent notre appétit et facilitent les actes intimes de la digestion. Il ne faut pas chercher ailleurs, croyons-nous, cette tendance, car nous ne parlons pas ici de ceux-là qui, sous prétexte de prendre une substance apéritive, se livrent purement et simplement à l'alcoolisme; ceux-là sont des gens vicieux, et rien de plus.

Le fait nous paraît donc certain : de nos jours bon nombre de personnes ont besoin de stimuler leur appétit, de faciliter leur digestion, de faire usage de préparations à la fois réparatrices, toniques et apéritives. S'il en est ainsi, il appartient au médecin de rechercher les conditions qui feront de telle ou telle autre préparation de ce genre une liqueur utile, agréable, sans inconvénient pour la santé, et de signaler sans détour celle qui attcindra plus heureusement le but cherché.

Avant toute chose, il faut dire que la préparation en question ne doit pas être à base d'alcool. Nous n'avons pas à insister longuement sur cette particularité. On sait, en effet, que les alcooliques vrais, mis en contact avec l'estomac, et surtout avec l'estomac à l'état de vacuité, ont pour effet de déterminer une irritation réelle de la muqueuse stomacale, d'entraver la sécrétion du suc gastrique et d'aboutir rapidement à la gastrite des alcooliques. On sait aussi que leur usage fréquent et prolongé amène à sa suite l'alcoolisme chronique avec ses retentissements si grands sur le foie, sur le cœur, sur le poumon, sur le cerveau même. Dans nos salles d'hôpital, dans nos asiles d'aliénés, combien est grand le nombre des malheureux qui doivent à l'usage des alcooliques les maladies funestes dont ils sont atteints !

En second lieu, si les préparations apéritives veulent constituer des boissons hygiéniques vraiment utiles et sans danger, elles ne doivent contenir aucune de ces substances qui ont une influence nuisible sur l'estomac et surtout sur le système nerveux. C'est dire que dans leur composition ne doivent pas entrer *ni la strychnine, ni l'absinthe.* Qui ne sait, en effet, combien l'absinthe est nuisible à la santé ? Les recherches des médecins expérimentateurs ou cliniciens ont depuis longtemps montré que la liqueur d'absinthe, dont on fait malheureusement un si grand abus de nos jours, est un poison des plus dangereux; que son action sur le cerveau est telle que la plupart de ceux qui en usent sont atteints de troubles intellectuels, de manie, de delirium tremens, de paralysie générale et surtout d'épilepsie. D'un autre côté, la strychnine exerce sur la moelle épinière une action des plus violentes, et son usage, dans les liqueurs dites *apéritives,* peut devenir l'origine des maladies les plus graves de cet organe.

La conclusion de tout ceci nous paraît donc s'imposer. Au nom de la médecine et de l'hygiène, nous croyons devoir repousser de la consommation, d'une façon absolue, ces liqueurs faussement appelées apéritives, et qui, fabriquées à base d'alcool ou contenant des substances nuisibles, ne peuvent être que pernicieuses à la santé. L'absinthe, les bitters, les bitters-curaçao et autres liqueurs du même genre, sont rangés dans cette catégorie.

La base d'une liqueur apéritive bienfaisante est donc le vin, et le

vin seul, mais surtout le vin de liqueur, tel que le Malaga. Et, tous les auteurs l'ont bien compris, Bouchardat entre autres, *c'est dans ce vin généreux que nous trouvons un des toniques les plus puissants de l'arsenal thérapeutique.*

Or, voici précisément une préparation justement renommée, qui se recommande à l'attention du Corps médical, des Hygiénistes et du public en général, en raison de ses propriétés exceptionnellement toniques, apéritives, et partant bienfaisantes; elle est, sans contredit, supérieure à toutes les liqueurs similaires. Ses titres sont depuis longtemps connus et ses qualités ne sont plus à exalter. Désignée sous le nom de *Byrrh au vin de Malaga*, elle est préparée par MM. Violet frères, négociants à Thuir (Pyrénées-Orientales), avec les principes apéritifs des amers, les seuls qui soient les vrais agents stimulants des fonctions digestives.

Ce qui en fait l'incontestable supériorité, c'est d'une part le choix raisonné et du plus sérieux des amers entrant dans sa composition, d'autre part la qualité vraiment exceptionnelle du vin de Malaga qui lui sert de base. Ce vin provient des premiers crûs d'Espagne; ils sont achetés directement sur la propriété par la succursale que possèdent à Tarragona MM. Violet frères; puis, rendus en France, ils sont entreposés dans des bâtiments spéciaux où ils vieillissent. Ce n'est qu'après cinq ou six années qu'ils sont utilisés pour la préparation de la liqueur apéritive qui nous occupe.

Dans des conditions semblables de préparation, il n'est pas surprenant que le *Byrrh au vin de Malaga* de Violet frères constitue une liqueur de premier choix, que ses propriétés toniques et digestives ont fait apprécier de tous. Aussi cette liqueur est-elle répandue dans toutes les contrées d'Europe et dans tous les pays d'outre-mer (Panama, Batavia, Sourabaya, Samarang, Padang, Macassar, la Nouvelle-Calédonie, le Mexique, la Chine, la Cochinchine, Montevideo, Buenos-Ayres, la Vera-Cruz, etc., etc.). Aussi a-t-elle obtenu les plus hautes récompenses, vingt Médailles Or, Argent et Bronze (1). Aussi a-t-elle été couronnée à l'Exposition universelle de Paris en 1878, et récemment à celle d'Amsterdam, où elle a remporté le premier prix décerné aux apéritifs.

De semblables succès devaient susciter l'envie. De nombreuses contrefaçons ont été faites; mais, comme la vérité, la liqueur de MM. Violet frères a soutenu victorieusement la lutte, et les arrêts

(1) Lyon (bronze), Bourg (or), Avignon (or), Paris (argent), Foix (argent), Amiens (bronze), Saintes (mention honorable), Le Puy (argent), Carcassonne (argent), Reims (bronze), Bordeaux (bronze), Lyon (bronze), Montauban (argent), Paris (bronze), Paris (vermeil), Melun (argent), Perpignan (bronze), Rennes (bronze), Périgueux (bronze), Le Mans (bronze).

des Tribunaux de Montpellier, Marseille, Limoges, Toulouse, Nantes, Tours, Bordeaux, des Cours d'Aix, Toulouse, Bordeaux, Limoges et Lyon, en affirmant ses excellentes propriétés, ont assuré son triomphe définitif.

Pour résumer, nous dirons donc que, de tous les apéritifs livrés à la consommation, il n'en est pas qui nous semble devoir fixer l'attention du médecin à un plus haut point que le *Byrrh au Malaga* de MM. Violet; que les médecins et les hygiénistes trouveront dans cette liqueur un tonique puissant, utile aux malades et aux convalescents, soit qu'on la donne pure, soit qu'on l'administre mélangée à l'eau de Seltz ou à une eau minérale; et qu'enfin, prise dans des conditions semblables par les personnes bien portantes, elle sera toujours un excellent tonique et un stimulant très énergique des fonctions digestives, absolument incapable de produire aucun des désordres propres aux apéritifs à base d'alcool. Ajoutons enfin que ce vin est des plus agréables — qualité qui certes n'est pas à dedaigner — et que son prix permet au médecin d'en ordonner l'usage à la classe ouvrière, dans les rangs de laquelle la misère physiologique fait chaque jour tant de victimes.

E. B.

PUBLICATIONS DE LA REVUE

Bordeaux, Imp — Nouvelle A. BELLIER, & Cᵉ rue Cabirol 16